

## Artículo especial

### Notas de una reciente visita a España

R. HARTWIG\*, L.M. RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ\*\*

\**Pediatric Nurse Practitioner*, \*\**Servicio de Pediatría Hospital de León*

#### INTRODUCCIÓN

Rebecca Hartwig es una "nurse practitioner" con especialidad en pediatría que vive y trabaja en Westfield, un pequeño pueblo del norte del estado de New York en los Estados Unidos, que está separado de Canadá solamente por el lago Erie. Durante el pasado mes de abril visitó España con la idea de mejorar su español y se alojó en nuestra casa en León. Gracias a eso y a la amabilidad de mis compañeros de trabajo, tuvo la oportunidad de acudir conmigo al hospital. Allí nos acompañó mientras realizamos nuestra actividad asistencial diaria, y durante las guardias que me correspondieron durante ese mes.

"Nurse practitioner" es una categoría laboral del personal sanitario que no existe en España. Este tipo de trabajadores desempeña funciones intermedias entre médico y enfermera, y les está permitido diagnosticar y tratar a los niños, aunque buscan el asesoramiento de un médico cuando se encuentran ante un caso complicado. En Estados Unidos se requieren cuatro años de estudios universitarios para obtener la titulación de enfermería y dos años más para el título de "nurse practitioner".

El trabajo que habitualmente realiza Rebecca y el hecho de vivir fuera de nuestro país la convirtieron en una observadora privilegiada de nuestros hospitales y de nuestro sistema sanitario. Por eso le pedí, cuando abandonó España, que pusiera por escrito las impresiones que había obtenido mientras nos acompañaba en el Hospital de León.

Las páginas que se pueden leer a continuación muestran la opinión que provoca nuestra forma de trabajar en un observador sin prejuicios, aunque probablemente benévolo, y nos ayudan, además, a conocer un poco el sistema sanitario americano que, en muchas cosas, es muy distinto al nuestro. Quizás cada una de las dos formas de atender a los niños enfermos tenga una parte buena y, también, una parte que se deba mejorar, pero son, en gran medida, la consecuencia de las diferentes maneras de ver la vida en nuestros países, y puede que los que consideramos nuestros defectos lleguen a parecer virtudes a los ojos de los otros.

#### NOTAS DE UNA RECIENTE VISITA A ESPAÑA

Recientemente he tenido el placer de visitar España. Fundamentalmente para aprender español, pero también para conocer algunas cosas sobre el sistema de salud de ese país. El propósito de estas páginas es mostrar mis impresiones sobre la medicina pediátrica en España comparándola con la que yo he experimentado en los Estados Unidos.

Mientras permanecí en España, pude acudir durante un mes al Hospital de León, un hospital de 800 camas en una ciudad de 150.000 habitantes situada a tres horas de coche al noroeste de Madrid. Su sala pediátrica tiene alrededor de 40 camas de Pediatría general, y 20 camas adicionales de Neonatología. En otra planta se encuentran los "nidos", por los que pasan aproximadamente 2.000 recién nacidos cada año.

Aunque el equipamiento del hospital y el manejo médi-

*Correspondencia: : L.M. Rodríguez Fernández. Servicio de Pediatría. Hospital de León. Altos de Nava, s/n. 24071 León.  
Recibido: Noviembre 1999 Aceptado: Enero 2000*

co de la enfermedad son similares en España y USA, existen diferencias en la atmósfera general, en las funciones y rutinas clínicas, en la economía de la atención sanitaria, y en el estilo de trabajo de los médicos.

La sala de Pediatría en el Hospital de León está distribuida en habitaciones que pueden tener desde una a cinco camas, e incluye también una escuela, con una profesora, en la que los pacientes que están suficientemente bien para estudiar pueden participar en lecciones y actividades. Su atmósfera general es notablemente relajada y amistosa. Contribuyen a ello, creo yo, el emplazamiento físico del hospital, la presencia de los familiares de los niños, la duración de la hospitalización, la naturaleza social de los españoles, y un tamaño de plantilla adecuado. No parece que haya escasez de médicos y enfermeras, lo que permite que mientras trabajan no sientan el agobio de no poder finalizar su tarea. Además, habitualmente, uno de los padres acompaña día y noche a cada niño, que permanecerá ingresado hasta que se encuentre bien, o hasta que la familia sea capaz de atenderlo en su domicilio mientras espera las consultas de seguimiento.

En contraste, la organización de las salas pediátricas en Estados Unidos es ligeramente distinta. La idea de cinco niños, de edades y sexos diversos, compartiendo una habitación parecería rara en los hospitales americanos, donde lo habitual son habitaciones individuales o dobles. Los americanos tienden a dar un alto valor a la privacidad, y la mayoría optaría por una habitación individual antes que compartirla con otros niños. Personalmente yo pienso que, desde el punto de vista de los niños pequeños, una habitación compartida sería de gran ayuda para disminuir su ansiedad y su aburrimiento, y les procuraría distracción de sus molestias.

Aunque buena parte de los hospitales infantiles de USA tienen también una escuela para pacientes crónicos o de hospitalización prolongada, no son comunes en las plantas de Pediatría general.

La mayoría de los hospitales americanos funcionan con una plantilla básica de enfermeras registradas, utilizando personal auxiliar para que se ocupe de gran parte de los cuidados del paciente. Aunque ha habido épocas de verdadera escasez de enfermeras, especialmente en áreas rurales, la principal razón para un bajo índice enfermeras/pacientes es económica. Los salarios de los trabajadores sanitarios

son relativamente altos, y se han incrementado a la vez que los beneficios de los hospitales han ido declinando, y, éstos, compensan esta situación limitando el número de sus empleados. El equilibrio entre hospitales rentables y plantillas suficientes para una buena atención del paciente, es un importante desafío en la gestión, actualmente sometido a un gran debate.

La rutina del Hospital de León es similar a la de los hospitales docentes de USA. Además del médico y de la enfermera, con frecuencia, forman parte del grupo que pasa visita un residente y un estudiante de medicina. Los niños se muestran, naturalmente, un tanto aprensivos cuando se aproxima un grupo de tres a cinco batas blancas, aunque se tranquilizan rápidamente ante la naturaleza amistosa de los que se acercan. La relación entre adultos y niños en España parece bastante informal, incluso con extraños. A pesar de que la ansiedad ante el extraño de los niños más pequeños es una etapa normal del desarrollo, por encima de esta edad los niños españoles parecen mucho más confiados en los adultos que los niños americanos de similar edad. Los niños americanos son adiestrados en su hogar y en la escuela en la "seguridad ante el extraño" como consecuencia del creciente número de secuestros y de situaciones de abuso infantil. El abuso infantil parece mucho menos prevalente en España, posiblemente debido a la existencia de estructuras familiares más tradicionales en ese país.

Después de la ronda y las rutinas de la mañana, el trabajo es generalmente tranquilo, con menos interrupciones de los pacientes a las enfermeras de las que habría esperado. La gráfica de enfermería se actualiza con menor frecuencia de la que se requiere a la mayoría de las enfermeras de las salas de Pediatría de USA. Esto probablemente se debe a la presencia de pacientes hospitalizados que no están graves, y a la mayor estancia hospitalaria de los enfermos, que quizás hace menos necesaria la actualización frecuente y detallada de la gráfica. Además, dichas gráficas demuestran menor interés en descripciones detalladas que tratan de números y cantidades, y, más bien, resumen el estado general del paciente durante el turno, dependiendo de su situación clínica. En USA, todo esto guarda más relación con cuestiones médico-legales, y los grandes sistemas de salud, las aseguradoras y el gobierno establecen patrones comunes de cuidados. Las enfermeras y médicos americanos son adiestrados para documentar las situaciones fre-

cuenta y objetivamente, no sólo en interés de la atención al paciente, sino también como protección ante situaciones médico-legales. Esto refleja un cambio dramático de la medicina en los Estados Unidos en los últimos 30 años. Mientras antes bastaba con consignar al final del turno de noche “el paciente durmió bien, sin quejas”, lo habitual ahora es un control cada una o dos horas, anotando datos más detallados y completos en la gráfica.

La duración de la hospitalización y los criterios de ingreso son diferentes en España y USA. Esto puede deberse fundamentalmente a la diferencia entre una medicina pública y otra basada en seguros privados. Los pacientes pueden ser evaluados médicamente sin tener en cuenta el coste de la visita, porque en España la atención sanitaria es gratuita para el consumidor. Los ingresos hospitalarios son hechos a discreción del médico y pagados por el gobierno. Por otro lado, las compañías de seguros americanas establecen criterios médicos que los pacientes deben cumplir para ser admitidos en un hospital. El cumplimiento de estos criterios es una importante consideración para el pediatra que cree que un niño necesita cuidados hospitalarios. Si el paciente no tiene seguro médico, es todavía más difícil para el doctor ordenar la realización de análisis de laboratorio, radiografías y otros exámenes, o ingresar al niño en el hospital. También muchos tratamientos quirúrgicos que acostumbraban requerir varios días de hospitalización, se realizan ahora como procedimientos ambulatorios; de forma que el paciente es enviado a su domicilio una vez que se recupera de la anestesia. Así, los pacientes apendicectomizados sin complicaciones son enviados, habitualmente, después de un par de días a recuperarse en casa. La admisión de un niño para observación después de un traumatismo, en Estados Unidos, requiere un alto índice de sospecha de complicaciones, mientras que en España el mismo niño sería ingresado con un índice de sospecha mucho más bajo. Para poner unos ejemplos: un niño en España que presentaba hematuria después de un traumatismo abdominal, fue ingresado durante varios días para observación. El mismo niño en USA sería más probablemente controlado como paciente ambulatorio. Un niño con neumonía en Estados Unidos es, generalmente, tratado en su domicilio con antibióticos orales y controlado en la consulta externa. Si el niño tiene dificultad respiratoria será hospitalizado y enviado a su casa después de la estabilización, aunque la neumonía no se haya

curado completamente. En contraste, en León había en la planta algún niño con neumonía que recibió antibióticos intravenosos durante 7 días, antes de ser dado de alta. (A propósito, observé que apenas se usa amoxicilina durante la hospitalización, sino, más bien, amoxicilina-clavulánico. Quizás existe más resistencia a la penicilina en España).

Los cuidados del recién nacido en el Hospital de León son similares a los de un hospital en Estados Unidos hace varios años. Muchos niños son atendidos en los nidos por unas pocas enfermeras que están ocupadas bañándolos, vistiéndolos y sacándolos a las tomas cada tres horas. Después del nacimiento, en España, los recién nacidos permanecen en el hospital durante 2-3 días. La estancia típica para un recién nacido sano en USA es de un día, aunque el seguro puede pagar hasta 48 horas, o el recién nacido puede ser dado de alta tan pronto como una hora después del parto si los padres y el médico están de acuerdo. En conjunto, en USA se ofrecen para elegir una variedad de opciones para el parto: partos en casa, partos en centros en los que se tiene acceso a actuaciones de emergencia, pero en los que el parto se practica como en el domicilio, partos en hospitales con “rooming-in” para los recién nacidos, o partos en hospitales con unidades de recién nacidos como la del Hospital de León. La mayoría de los seguros en Estados Unidos cubren los gastos de un recién nacido normal que permanece ingresado sólo hasta 48 horas.

La circuncisión, poco común en España, es practicada rutinariamente en USA en los recién nacidos varones por los médicos de familia o los pediatras, si los padres lo requieren. Es una decisión paterna que se mantiene desde hace tiempo como una práctica cultural, aunque sus inconvenientes y ventajas son explicados a cada familia. Habitualmente, la circuncisión es practicada en el primer o segundo día de vida. Actualmente se utiliza un anestésico local (lidocaína inyectada), aunque no era así en el pasado reciente. No he visto realizar la perforación de orejas en los “nidos” de USA como, sorprendentemente, he visto en España, donde se practica a petición de la familia, y es común para las niñas. No se utiliza anestesia, y el recién nacido parece sólo mínimamente estresado durante el procedimiento, pero tranquilizándose rápidamente.

Probablemente la diferencia observada en España que más llamó mi atención fue el estilo de trabajo en el hospital, y las relaciones entre residentes, médicos de planti-

lla y enfermeras. La rutina diaria para los pediatras del Hospital de León comienza en la sala de médicos después de las 8 horas con una oportunidad para discutir los casos clínicos, el programa de trabajo, y otros asuntos del grupo. Siguiendo a la reunión, suele haber tiempo para una taza de café antes de comenzar el pase de visita. El día es ocupado pero, si uno no está de guardia y no tiene que dormir en el hospital, el día de trabajo termina habitualmente hacia las 14:30 ó 15 horas con la vuelta a casa para la comida del medio día. El pediatra de guardia permanece la tarde y la noche en el hospital una o dos veces a la semana en la buena compañía de residentes y enfermeras. El tiempo es normalmente utilizado asistiendo a las urgencias, estando disponible para los partos, y atendiendo a las responsabilidades de la planta. Hay, habitualmente, tiempo para la cena en la cafetería y, siempre, para una taza de café con las enfermeras de pediatría en la planta, antes de retirarse a dormir unas pocas horas bastante después de medianoche.

Por el contrario, la mayoría de los pediatras americanos pasan la mayor parte de su tiempo en sus consultas, en lugar de trabajar a tiempo completo en el hospital. Un día típico de un pediatra americano puede comenzar pasando visita a los pacientes hospitalarios hacia las 7 de la mañana, y continuar en la consulta privada atendiendo pacientes desde las 8 o, como muy tarde, las 9 de la mañana hasta las 5 de la tarde, con una parada corta de 12 a 1 para comer algo, responder a las llamadas telefónicas, revisar los resultados de laboratorio o dictar informes. Suele volver a casa por la tarde, alrededor de las 6 ó 6:30 horas. Las guardias se realizan localizadas en el domicilio, y el pediatra necesita volver al hospital si el médico de urgencias es incapaz de manejar las circunstancias del paciente o éste requiere ingreso hospitalario. El ocupado programa y el estilo de vida de un médico americano están en función del sistema competi-

vo de la medicina privada, de los requerimientos de los seguros sanitarios, y de las expectativas de los pacientes sobre la disponibilidad del médico a cualquier hora. Asociarse a la mayoría de los seguros sanitarios implica trabajar también las tardes y los fines de semana para acomodarse mejor a las necesidades de los pacientes. Un pediatra con práctica privada puede necesitar atender a 40-60 niños al día para cubrir los gastos de la consulta, el seguro por mala práctica, la licencia, la educación continuada, y, además, obtener beneficios. Queda muy poco tiempo disponible para tener relaciones sociales en el trabajo.

En resumen, encuentro que el enfoque de la atención pediátrica en España es concienzudo, práctico y actualizado, y existe equipamiento disponible que es bien utilizado. Así, mientras muchos aspectos de la atención médica en España son diferentes a los de USA, su calidad parece ser muy comparable. Algunas de las diferencias en la atención pueden reflejar distintos valores culturales, pero, por otra parte, están también relacionadas con la práctica de una medicina predominantemente pública en España, frente a la medicina privada de los Estados Unidos. Fue muy impresionante para mí la cálida y amistosa relación entre el conjunto de personas que atiende al paciente: médicos, enfermeras y personal auxiliar.

Mis gracias a muchos médicos y enfermeras del Hospital de León que hicieron mi visita más valiosa de lo que podía esperar. Gratitud especial para los doctores Álvaro y Aparicio, jefes de Pediatría, que me dieron la libertad para observar durante un mes en el Servicio, para el Dr. Manolo Marugán y el Dr. Santiago Lapeña, que me invitaron a las consultas y visitas diarias, y, sobre todo, a Luis Miguel Rodríguez por su amable invitación para venir. Su increíble paciencia con mi rudimentario español, y la cortés hospitalidad de su familia hicieron mi experiencia posible y maravillosa.